**MŠ Miloslavov, Centrálna ulica 87/9, 90042 Miloslavov**

**Potvrdenie lekára o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa.**

**Meno dieťaťa.............................................................................. .nar.:...........................**

**Adresa:...............................................................................................................................**

Dieťa je zmyslovo, telesne a duševne zdravé, nevyžaduje mimoriadnu zdravotnú a výchovnú starostlivosť a je schopné plniť požiadavky súvisiace s obsahom výchovno- vzdelávacieho procesu materskej školy.

Je spôsobilé / nespôsobilé navštevovať MŠ.

Absolvovalo / neabsolvovalo všetky povinné očkovania.

Alergie/ iné závažné problémy.....................................................................................................

Dátum:.......................................... ........................................................

Pečiatka a podpis praktického lekára pre deti

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**